



ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ИСТИННЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ L₅ ПОЗВОНКА IV СТЕПЕНИ

А.К. Дулаев, К.А. Надулич, А.В. Теремшонов, В.Б. Лебедев

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Представлен клинический случай одномоментного трех-этапного (комбинированного) хирургического лечения пациентки с фиксированным истинным спондилолистезом L₅ позвонка IV степени с развитием неврологического дефицита и выраженных статических нарушений. Срок наблюдения — семь месяцев. Восстановление нормальных анатомических взаимоотношений, баланса позвоночника, купирование неврологического дефицита и формирование костного блока позволяют оценить качество лечения.

Ключевые слова: спондилолиз, спондилолистез, хирургическое лечение.

A CASE OF GRADE IV REAL L₅ SPONDYLOLISTHESIS
A.K. Dulaev, K.A. Nadulich, A.V. Teremshonok, V.B. Lebedev

A clinical case of grade IV rigid real L₅ spondylolisthesis treated by one-stage three-step surgery is presented. A patient had neurological deficit and marked static disorders. The follow-up period was seven months. The treatment resulted in restoration of normal anatomical relations and spine balance, reduction of neurological deficit, and formation of a bone block.

Key words: spondylolysis, spondylolisthesis, surgical treatment.

Hir. Pozvonoc. 2006;(1):62–65.

Хирургическое лечение больных с истинным спондилолистезом применяют с целью устранения целого комплекса нарушений анатомической структуры, функции позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) и нервососудистых элементов, расположенных на этом уровне. Среди наиболее значимых патологических изменений выделяют сегментарную нестабильность, нарушение взаимоотношений структур ПДС (соскальзывание позвонка, коллапс, грыжа межпозвонкового диска) и баланса позвоночника (формирование локального кифоза), компрессию и (или) натяжение корешков конского хвоста. Таким образом, основными задачами оперативного вмешательства являются восстановление баланса и стабильности позвоночника, освобождение нервных корешков от сдавления, а также, в зависимости от степени смещения, частичная или полная редукция тела позвонка [1, 2].

Показаниями к хирургическому лечению при спондилолистезе служат болевой вертеброгенный и ко-

решковый синдромы, которые не купируются консервативными мероприятиями, неврологический дефицит и прогрессирование степени соскальзывания тела позвонка. Наи-

более распространенными методами хирургического лечения являются спондилодез *in situ*, редукция тела смещенного позвонка или вертебрэктомия по Gaines. Спондилодез *in situ*,



Рис. 1

Спондилограммы больной П. в стандартных проекциях до хирургического лечения

как правило, выполняют молодым пациентам со спондилолистезами I и II степени при отсутствии выраженных дегенеративно-дистрофических изменений ПДС, а также при спондилолистезе L₄ позвонка и смещениях на вышележащих уровнях. Преимуществами такого лечения являются низкий риск нарастания неврологического дефицита, высокий процент купирования болевого вертеброгенного синдрома. Среди недостатков отмечаются отсутствие коррекции сагиттального профиля и сохраняющееся натяжение структур конского хвоста. Редукцию смещенного позвонка производят при прогрессирующем соскальзывании, выраженном нарушении сагиттального баланса позвоночника, спондилолистезах с развитием стойкого неврологического дефицита. Вертебрэктомия тела смещенного позвонка является операцией выбора при значительных смещениях (IV–V степень по Меердингу) и относится к технически сложным операциям. Ее основным недостатком является высокий риск развития неврологических осложнений [3, 4].

Больная П., 15 лет, была госпитализирована в клинику военной травматологии и ортопедии Военно-меди-

цинской академии с жалобами на постоянную ноющую боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливающуюся при физической нагрузке, иррадиирующую по задней поверхности правого бедра и голени; ограничение физической активности; слабость правой стопы; деформацию пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ходит самостоятельно, прихрамывая на правую ногу. Туловище отклонено влево. Поясничный лордоз значительно усилен. Линия остистых отростков на поясничном уровне отклонена влево, остистый отросток L₅ позвонка резко выстоит кзади, определяется положительный симптом ступеньки. Фронтальный профиль: линия отвеса, опущенная от остистого отростка С₇ позвонка, проходит левее межъягодичной складки на 4 см. Сагиттальный профиль: линия отвеса, опущенная от мочки уха, проходит кпереди от большого вертела бедренной кости на 6 см. Длинные мышцы спины значительно напряжены на поясничном уровне. Движения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Коленные рефлексы симметричные, несколько снижены. Ахиллов рефлекс

справа не вызывается. Проба вытянутой ноги справа – с 50°. Чувствительные нарушения в виде гипестезии в зоне иннервации S₁ справа.

На спондилограммах, КТ и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника определяется спондилолиз, спондилолистез L₅ позвонка IV степени, костные спайки на уровне тел L₅–S₁ позвонков (спонтанный передний костный блок). Линия, опущенная от остистого отростка С₇ позвонка, проходит на 4,5 см левее остистого отростка S₁ позвонка. На рентгенограммах в боковой проекции линия, опущенная от центра тела С₇ позвонка, проходит на 6 см кпереди от переднего края S₁ позвонка (рис. 1, 2, 3а).

Больной выполнена трехэтапная операция:

- 1) резекция межпозвонкового диска L₅–S₁, передняя мобилизация позвоночника;
- 2) ламинэктомия L₅, задняя декомпрессия корешков конского хвоста, задняя внутренняя транспедикулярная коррекция (редукция L₅ позвонка) и фиксация позвоночника на уровне L₄–S₁ системой «Tenog», заднебоковой спондилорез костными аутографтатами;



Рис. 2
КТ и МРТ больной П. до операции



Рис. 3
Спондилограммы больной П. в боковой проекции (сагиттальный профиль):
а – до операции;
б – после операции

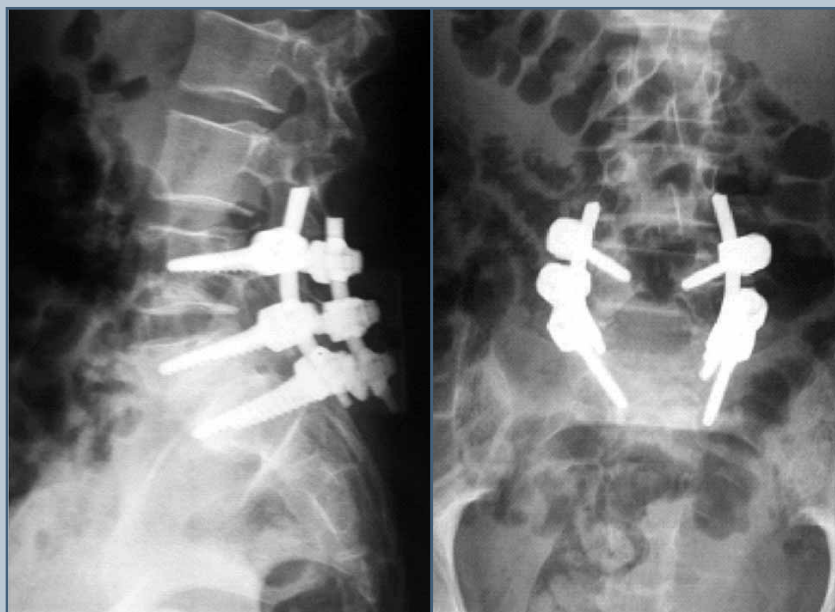


Рис. 4
Спондилограммы больной П. после операции

3) передний межтеловой спондилодез костным аутогтрансплантатом на уровне L₅-S₁ (рис. 4).

Послеоперационное течение без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. Отмечено восстановление фронтального и сагиттального баланса туловища (линия отвеса, опущенного от мочки уха, проходит через большой вертел бедренной кости), купированы болевой вертеброгенный и корешковый синдромы. При рентгенографии позвоночника определяются нормальные анатомические соотношения в ПДС L₅-S₁; линия, опущенная от центра тела С₇ позвонка, проходит по переднему краю S₁ позвонка (рис. 3б). В послеоперационном периоде в течение четырех месяцев проводили иммобилизацию позвоночника жестким корсетом (рис. 5). Через семь месяцев после операции, по данным контрольной спондилографии и КТ, степень коррекции сохраняется, определяется сформированный межтеловой костный блок (рис. 6).



Рис. 6
КТ больной П. через семь месяцев после операции



Рис. 5
Внешний вид больной П. после операции

Литература

1. **Митбрейт И.М.** Спондилолистез. М., 1978.
2. **Цивьян Я.Л.** Хирургия позвоночника. Новосибирск, 1993.
3. Principles and techniques of spine surgery. An H.S. (ed). Baltimore, 1998.
4. Revision Spine Surgery. Margulies J.Y., Aebi M., Farcy J.P.C. (eds). St. Louis: Mosby, 1999.

Адрес для переписки:

Дулаев Александр Кайсинович
194175, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, 13,
РосВМедА им. С.М. Кирова
post@vmeda.spb.ru